45e Annee. — N° 8. Vendredi 25 Février 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Radiographie : Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X, par les Drs Oudin, Barthélemy et Darier, 117. — **Bibliographie** : Traité de chirurgie clinique et opératoire, sous la direction de MM. Le Dentu et P. Delbet, 118. — **Revue de la presse** : Gangrène disséminée de la peau d'origine iodo-potassique, 119. — **Académie des sciences** : *Séance du 14 février* 1898. Présidence de M. Wolf. — Les parasites du cancer et du sarcome (morphologie, répartition), 120. — **Académie de médecine** : *Séance du 22 février* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Remèdes secrets, 121. — Mort de M. Leukart, 121. — Maladie kystique du testicule, 121. — L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phthisiques, 121. — Vésicatoires, 122. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 18 février* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Diabète fruste, 122. — Hémoglobinurie paroxystique à frigore, 122. — Hydroparotide intermittente, 122. — Neuro-fibromatose généralisée sans tumeurs fibromateuses, 123. — Insuffisance mitrale par rupture des tendons de la petite valve. Crises cardiaques à tendance syncopale, 123. — **Société de chirurgie** : *Séance du 23 février* 1898. Présidence de M. Berger. — Traitement des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées, 123. — Des abcès du foie, 123. — Arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule, 123. — Pathogénie de la lithiase biliaire et salivaire, 124. — Délire psychique post-opératoire, 124. — Cystostomie transpubienne, 124. — Conservation du pied après une tuberculose grave, 124. — Tarsectomies complexes, 124. — **Variétés** : Impressions de voyage de deux congressistes à Moscou (*suite*), 124. — **Nouvelles**, 127. — **Bulletin bibliographique**, 128.

RADIOGRAPHIE

Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X,

Par les Drs Oudin, Barthélemy et Darier.

Première partie.

Au mois d'août 1896, tant au Congrès de Nancy qu'à celui de Londres, nous montrions, le Dr Oudin et moi, outre les résultats relatifs à la médecine générale, nos premières applications radiographiques à la vénéréologie et à la dermatologie.

Cette année, outre des lésions dues à la tuberculose, au rhumatisme, au psoriasis ou à la syphilis, nous pouvons vous apporter un grand nombre de radiographies relatives aux affections thoraciques, poumons, plèvre, aorte, appareil circulatoire, etc.

Le progrès est considérable et l'utilité diagnostique ne peut plus être contestée, comme vous pouvez vous en rendre compte par l'exposition de toutes ces épreuves ; mais c'est surtout sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi des rayons X que nous désirons cette fois attirer votre attention.

La chaleur, la lumière, l'électricité, ont une action favorable sur un grand nombre de lésions. Il était tout indiqué de tenter l'épreuve des bénéfices à retirer de l'emploi des rayons X récemment découverts. D'autre part, le perfectionnement presque journalier de l'outillage radiographique, la multiplicité des services rendus à la médecine par ce nouveau mode d'exploration, tant au moyen de l'écran fluorescent que par l'épreuve radiographique, firent vite que les applications médicales sont devenues d'usage courant. De tous côtés, dans tous pays, les malades les plus divers furent soumis à l'action des radiations nouvelles et le nombre des expériences devint rapidement considérable. Ces expériences eurent lieu parfois avec cette imprudence qui résulte, tantôt de l'accoutumance, tantôt de l'ignorance où l'on est de la façon dont il faut se conduire vis-à-vis d'un agent que personne n'a encore employé ; et pourtant, cette condition doit faire prendre des précautions dont il y a lieu de se départir d'autant moins qu'on ne connaît pas encore les détails de la voie où l'on s'engage.

Toujours est-il qu'un certain nombre d'accidents ont été signalés de part et d'autre. Relativement au grand nombre d'expériences radiographiques qui se comptent maintenant par centaines de mille, les accidents sont dans une proportion minime, infiniment moindres par exemple que ceux du chloroforme. Mais s'ils sont négligeables comme quantité, s'ils n'ont jamais occasionné la mort ni l'infirmité, quelques-uns ont été assez sérieux, comme le cas par exemple qui a été adressé de Dublin à Apostoli, et les autres se sont montrés assez fréquents (nous en avons réuni une cinquantaine dans ce mémoire) pour que leur étude s'impose, pour que la cause en soit recherchée, afin qu'à l'avenir on sache se mettre dans les conditions voulues pour éviter toute lésion dans l'emploi des rayons X.

Précisément parce que nous avions affaire à des agents inconnus, nous avons toujours procédé avec la plus extrême prudence, plaçant toujours nos ampoules à plus de 15 ou 20 centimètres de distance et n'employant que des intensités électriques qui ne dépassaient pas 6 à 8 ampères. Nous risquions d'avoir des

résultats moins puissants, ce que la pratique n'a pas démontré; mais nous étions certains de n'avoir pas d'accidents, puisque nous avons pu l'un et l'autre poser jadis pour le pli du coude par exemple, pendant une heure et quart sans avoir même un érythème ou une squame.

Pourtant nous avons eu, sur plus de 400 expériences, cinq fois des suites, jamais fâcheuses, mais anormales; dans un cas, deux petites escarres lenticulaires et superficielles du lobule de l'oreille. Dans deux autres un érythème érysipélatoïde sur des lupus, l'un de la joue, l'autre de l'oreille, comme à la suite d'une injection de tuberculine; sur ce dernier une alopécie peladoïde qui dura deux mois circonscrite et péri-auriculaire; enfin, chez un enfant de 7 ans, qui avait déjeuné une heure auparavant, une indigestion subite et violente suivie pendant deux mois de petites coliques sèches intermittentes.

Ces accidents étaient trop rares et trop insignifiants pour nous fournir d'utiles indications. Il nous fallut réunir tous les cas publiés et les classer. Il est probable que chaque expérimentateur n'a que très peu d'accidents à son actif et que l'expérience individuelle ne peut heureusement pas suffire pour élucider la question. Nous ne saurions trop prier les auteurs de publier toutes les observations accompagnées de suites anormales et avec tous les détails et toutes les conditions de l'expérimentation. C'est ordinairement ce qui fait défaut et ce qui rend difficile et incertaine l'appréciation des causes nuisibles.

Quoique la solution ne soit pas encore complète, il fallait poser le problème et c'est pour cela que nous avons réunis tous les faits que nous avons pu trouver et qui, jusqu'à ce jour, se montent au chiffre de 44. Nous avons été aidés dans la recherche de ces documents par notre ami le docteur Jacquet, à qui nous sommes heureux d'avoir l'occasion d'adresser des remerciements.

Notre mémoire est divisé en cinq parties.

Dans la première sont réunies et classées les observations. Dans la seconde sont analysés les symptômes, les caractères, la marche et l'évolution des accidents. Dans la troisième sont exposées les interprétations et sont discutées les vues théoriques. Dans la quatrième sont étudiés comparativement les accidents de l'électricité ordinaire. Disons tout de suite qu'il y a des troubles fonctionnels viscéraux et des accidents cutanés et que ces derniers, qui nous intéressent le plus ici, doivent être divisés en lésions aiguës et en lésions chroniques, comme les dermites électriques.

Enfin nous avons entrepris une série d'expériences dont la relation formera notre cinquième chapitre.

Nous avons soumis plusieurs animaux, lapins et cobayes, à des séances plus ou moins prolongées de radiations puissantes, beaucoup plus intensives, à tous points de vue, que celles dont on se sert couramment.

Les lésions qui s'en sont suivies ont été étudiées dans des biopsies répétées et les résultats microscopiques, constatés par Darier, sont consignés dans cette dernière partie de notre mémoire.

Deuxième partie. — Observations.

I. — Un jeune apprenti, dont le patron, fabricant d'instruments de chirurgie, voulait radiographier la colonne vertébrale, fut soumis à l'action des rayons X. Pendant une heure un tube de Crookes fut placé à 0,12 centimètres environ de l'épigastre, la chemise de flanelle étant interposée entre le tube et la peau. *Il n'en résulta rien immédiatement*; mais le lendemain, la peau devint sensible, irritée et rouge sur toute la surface exposée aux rayons. La douleur augmenta pendant quelques jours, puis il survint un nombre considérable de vésicules. Le passage de la peau saine à la peau altérée se fit sans transition surtout au bord inférieur de l'aire irritée. Les vésicules, surtout autour de l'ombilic, étaient très nombreuses. La lésion ne provoquait qu'une démangeaison médiocre. Le dix-neuvième jour à dater de l'expérience, tout l'épiderme se détacha et la peau redevint tout-à-fait saine, sans élévation au-dessus de la peau environnante; les plaques vésiculeuses seules étaient encore excoriées. La plupart des poils tombèrent, sauf au niveau de la ligne médiane. La guérison eut lieu très lentement au niveau des parties excoriées. (Radcliffe Crocker, *British med. journal*, 2 janvier 1897.)

II. — Dans un cas l'exposition prolongée de la main à l'action des rayons X, détermina une dermatite vésiculeuse accompagnée d'une grande irritation et de cuisson, puis suivie de l'exfoliation de l'épiderme. (*Quinzaine médicale*, 1er Avril 1897.)

III. — Chez un expérimentateur, on constate une dermatite des extrémités des doigts avec chute de l'épiderme et lésion des ongles. (*Id.*)

IV. — Un démonstrateur, faisant des expériences en public pendant six à huit heures par jour, eut des ampoules à la main droite dont les ongles tombèrent. L'opérateur se servant plus tard de sa main gauche éprouva les mêmes accidents, eut même de la rougeur et du gonflement de la face; les cheveux tombèrent au niveau du front et de la tempe, le sourcil gauche se dépouilla, les poils du côté gauche de la moustache tombèrent. Il y aurait eu quelques troubles de la vue. (*Id.*)

V. — Chez un homme faisant journellement des radiographies, la main droite se couvrit, au bout de plusieurs semaines, de taches foncées qui devinrent douloureuses; le reste de la peau était atteint de rubéfaction et d'inflammation. L'épiderme se dessècha petit à petit, devint dur et jaune, puis se mit à tomber. Un nouvel épiderme prit la place du premier, mais fut atteint à son tour et cette fois l'inflammation gagna les extrémités des doigts, les ongles tombèrent et furent remplacés par de nouveaux, normaux d'ailleurs. (*La Science française*, 2 janvier 1897, d'après le journal anglais *Nature*.)

VI. — Chez un patient, dont on radiographiait la région rénale pour cause de calcul, il se produisit d'abord des nausées, puis une large ulcération au niveau de l'épigastre, qui fut très profonde et mit beaucoup de temps à guérir. (Dr Drury).

VII. — Dans un autre cas, un tube de Colardeau avait

fonctionné énergiquement quarante-cinq minutes, à 3 centimètres du temporal gauche. Les tissus se sont tuméfiés sur une zône d'environ 10 centimètres de diamètre ; barbe et cheveux sont tombés. Au bout de plusieurs mois, il reste encore quelques croutes légères, des points de cicatrisation qui s'achèvent. Les cheveux et la barbe repoussent lentement, des bords vers le centre. (Abel Buguet, *Technique médicale des rayons X.*)

VII *bis*. — Dans des conditions semblables, la pose effective avait duré cinq heures, les accidents se sont étendus à tout un côté de la tête. (Du même).

VIII. — Après de nombreuses expériences avec les rayons X, l'ingénieur Leppin constata, à la suite d'une séance de radiographie, une forte rougeur à la main gauche et une ampoule ultérieure semblable aux suites d'une brûlure. L'inflammation cèda au traitement par l'eau blanche, mais la main conserve une teinte plus foncée, la peau reste rugueuse. (Journal *l'Eclair*, 9 juillet 1896.)

IX. — Après plusieurs mois d'expériences continues, les mains de MM. Oudin et Radiguet ont été fortement lésées : dermite chronique des régions dorsales de la main plus particulièrement exposée aux rayons. La peau est épaissie, œdémateuse, elle a perdu son élasticité, et les plis ne se détendent pas ; elle est rouge, congestive, trop large ; elle ne desquame, ni ne suinte. Les ongles sont douloureux (Radiguet) jusqu'à la moitié inférieure ; la sensibilité tactile est émoussée ; ils sont épaissis et décollés, mais ne tombent pas.

En restant un mois sans s'exposer aux rayons, l'état normal reparait, comme font les chirurgiens dont les mains ne supportent pas les solutions de sublimé ou d'acide phénique (Dr Barthélemy).

X. — Un vieux confrère et sa fille, tous deux atteints de surdité incurable, avaient demandé qu'on essayât l'action des rayons X sur les osselets et sur la sclérose de l'oreille interne. Plusieurs séances de quinze minutes eurent lieu avec le gros tube de Colardeau, à 5 centimètres de distance. Huit jours après la dernière séance, tous deux eurent du gonflement du pavillon de l'oreille et une petite eschare, grisâtre, indolente, adhérente, apparut sur l'antitragus, de la dimension d'un grain de millet. L'eschare fut longue à se détacher ; mais la cicatrisation se fit au-dessous simultanément et il n'y eut aucune espèce de suite. Enfin, huit jours après l'apparition de cette escharre, les cheveux tombèrent chez la jeune fille, sur une surface égale à peu près à la paume de la main, et sur la région temporo-mastoidienne. (Drs Oudin et Garnaud.)

XI. — Lupus ulcéro-coûteux de la joue et de l'oreille droite, râclé en 1894 à Saint-Louis, récidivant en 1896.

A la suite de plusieurs séances de rayons X, le lupus a subi une poussée aiguë avec turgescence, gonflement, douleur analogue à celle que cause l'injection de tuberculine. Après cette poussée, comme dans un autre cas du service du Pr Fournier, une poussée en sens inverse se produisit et le lupus s'est flétri, ratatiné, a pâli, les croutelles détachées sont tombées et une notable amélioration a été constatée. Mais ce qu'il y a d'intéressant à signaler ici, c'est une alopécie qui s'est produite huit ou quinze jours après la dernière séance de rayons X (4 en tout) sans douleur, ni sensation anormale. Un beau jour le malade a constaté que ses cheveux tombaient par touffes, puis la surface s'est dénudée à la manière d'une plaque de pelade demi-circulaire, occupant trois centimètres de large au pourtour de l'oreille et toute la région temporale. Aucune espèce de douleur, ni de rougeur ; aspect peladique complet qui persiste pendant quinze à vingt jours. Puis la repousse des cheveux commence à se faire ; il parait que les premiers présentèrent une extrémité renflée en massue et qu'ils tombèrent encore.

Aujourd'hui, environ deux mois après la dernière séance, la repousse se fait bien partout et normale ; mais, les cheveux ont à peine la longueur d'un centimètre et demi et l'on peut penser que l'état semblable aux parties environnantes ne sera pas retrouvé avant deux mois.

On avait employé un gros tube de Colardeau, pendant vingt minutes, et à 20 centimètres de distance. (Drs Oudin et Barthélemy).

Nota. — Depuis la publication de cette observation, le malade a été revu ; il a été constaté que les cheveux repoussés étaient plus durs et plus serrés, plus résistants et plus noirs que les autres : l'alopécie ainsi produite ne durerait donc pas plus de deux mois. Avis à ceux qui voudraient l'utiliser contre l'hypertrichie.

XII. — M. Freund a présenté à la Société royale des médecins de Vienne un cas de nævus pigmentaire pileux ayant envahi le cou, le dos et la partie supérieure des bras, et traité par les rayons de Rœntgen. Les séances ont duré deux heures. Après la onzième séance, les poils commencèrent à tomber ; plus tard le malade eut une alopécie complète de la partie inférieure de l'occiput, de la nuque et de la partie supérieure du dos. Huit jours après le début de la chute des cheveux apparut une dermite, avec suintement par places. Actuellement la peau du cou et de la nuque est tout à fait dépourvue de poils.

Des expériences comparatives ont montré que ce résultat était dû aux rayons X et non à une action calorique, ou à des rayons émanés de courants électriques de haute intensité.

Les cheveux sont tombés plus facilement que les poils du nævus. Alopécie non définitive. (Revue internationale d'électrothérapie, février et mars 1897).

XIII. — Un jeune homme de 20 ans, atteint d'une phlegmasie aigue présentant tous les caractères d'une bronchopneumonie, fut soumis à l'application des rayons X. Les séances de radiations furent quotidiennes et durèrent chaque fois 55 minutes. Sept jours après la première application des rayons X, il se développa une éruption superficielle érythémateuse, localisée à la région antérieure du thorax ; c'était une ébauche de coup de soleil cutané. Les jours suivants, l'érythème s'accentua et progressa pendant 8 jours ; cette brûlure donna naissance à une escarre dermique douloureuse qui mit plus de trois semaines à s'éliminer. (Société médicale des hôpitaux, 25 janvier 1897. MM. Rendu et Du Castel.)

La constatation de cette irritation tégumentaire en plusieurs cas inspira l'idée à M. Bouchard de tenter l'emploi des rayons X pour stimuler la consolidation d'une fracture du fémur. Il n'y eut pas de résultat, car on dut discontinuer les séances, le malade se plaignant de sensations pénibles, d'agitation, voire d'insomnie.

Le Dr Launois, employant souvent la radiographie, a fréquemment observé des accidents cutanés, qui n'apparaissent le plus souvent que plusieurs jours après l'appli-

cations des rayons, surtout chez la femme dans les parties découvertes. Il a vu aussi dans un cas, à la suite de leur application sur le crâne pour la recherche d'une balle, se développer une vaste ulcération cutanée, qui mit les jours du malade en danger. (Société médicale des hôpitaux, 15 janvier 1897).

XV. — Le 29 septembre 1896, une jeune fille de 16 ans fut soumise à l'action d'un tube de Colardeau actionné par une bobine donnant 10 cm. environ d'étincelles.

Le tube fut placé à un centimètre de la région épigastrique dont il fut séparé par une feuille mince de celluloïde.

La pose dura trois quarts d'heure, par intermittences, ce qui équivaut à une pose réelle d'environ vingt minutes. La plaque photographique placée en arrière de l'abdomen ne fut pas impressionnée.

Six jours après (5 octobre), une tache rouge de 6 cm. de diamètre, avec un centre blanc de 2 cm. de diamètre, se montra au point où la peau était en regard du tube. Légère douleur au toucher. Sept jours plus tard (12 octobre) des douleurs profondes se firent sentir assez aigues. Une simple pommade au menthol fut appliquée. Il s'ensuivit une suppuration assez abondante (12 octobre-12 novembre). Jusque là les douleurs n'avaient rien d'exagéré. Pendant cette période, survint une plaie de même nature à la jambe, un peu au-dessus de la cheville, mais d'un diamètre plus restreint que la précédente. Cette plaie à la jambe, très douloureuse, nécessita un repos absolu ; elle se cicatrisa au bout d'un mois.

La plaie de l'épigastre qui, le 22 novembre, n'avait plus qu'un diamètre de 2 cm. (partie blanche primitive) a cessé de suppurer à la suite d'applications de compresses d'acide borique et a formé une escarre qui est devenue très douloureuse. Dès la fin de novembre, les douleurs étaient devenues insupportables.

Cette jeune fille est de forte constitution, mais elle est très nerveuse ; elle doit être douée d'une vulnérabilité particulière aux rayons, comme le prouve la lésion produite à distance.

Dans d'autres cas, avec des poses quatre ou cinq fois plus longues, répétées plusieurs fois à 24 heures d'intervalle, Sorel (du Havre), qui rapporte cette observation, n'a pas eu d'accidents à constater.

XVI. — Dans un autre cas, la radiographie du bassin et du fémur, chez une fillette de 9 ans, a donné lieu également à une tache rouge sur la cuisse ; l'épiderme s'est soulevé, puis est tombé ; mais il n'y eut ni douleurs, ni escarre, et cependant le même tube Colardeau, actionné par la bobine donnant des étincelles de 20 cm., a été appliqué de la même manière, pendant deux heures (pose réelle d'un peu moins d'une heure) et a produit une très bonne épreuve de la région à étudier. Il est vrai que, averti par le premier accident, Sorel avait placé le tube à une plus grande distance. Dans aucun des cas, aucune sensation ni calorique, ni électrique n'a été perçue par les sujets devant la pose. (*Bulletin de la Société française de photographie*, 2e série, t. XIII, M. A. Soret.)

XVII. — Dans un cas grave, il y eut un très vaste sphacèle de la paroi abdominale qui, en février 1897, mesurait environ 17,7 sur 13,6 et était consécutive à deux applications de rayons Roentgen faites à Dublin les 22 et 28 mai 1896.

Dans la première séance d'une durée de quarante minutes, le tube de Crookes avait été distant de 15 centimètres de la peau ; dans la seconde, d'une durée de quatre-vingt dix minutes, le tube avait été rapproché à 9 centimètres.

Suites immédiates : Quelques nausées consécutives après chaque séance, mais sans vomissement.

Suites éloignées : Apparition, deux jours après la dernière séance, d'un érythème progressif qui a été en s'aggravant.

Vésicules et phlyctènes consécutives avec écoulement séreux abondant.

Formation progressive d'une escarre.

Amélioration notable en juillet.

Rechute, avec nouvelle mortification en août, et avec apparition de brûlure et de douleur intense au niveau de la surface mortifiée.

Applications successives de toutes les lotions, de tous les topiques, de tous les caustiques connus, en y ajoutant même la greffe épidermique et le raclage pratiqués après anesthésie, le tout avec le même insuccès constant et absolu pendant huit mois.

Depuis la fin d'octobre 1896, l'application locale et quotidienne d'un courant d'oxygène sur la plaie, pendant cinq heures tous les jours, est le seul vrai traitement qui paraît avoir été favorable et a arrêté l'agrandissement croissant de la plaie, sans toutefois la faire rétrocéder sensiblement.

Le 9 février 1897, début du traitement électrique, appliqué avec l'assistance du Dr Planet et qui peut se résumer ainsi :

Bains statiques quotidiens avec effluvation sur la partie malade, pendant toute la séance d'une durée moyenne de vingt à trente minutes.

Fin mars, association au bain statique de l'application des courants de haute fréquence sous la forme de lit condensateur.

Depuis avril 1897, emploi bi-hebdomadaire de bains hydro-électriqnes avec le courant ondulatoire.

Amélioration progressive depuis le début du traitement électrique et en particulier depuis l'association de l'effluvation statique aux applications polaires du courant ondulatoire.

Détachement très lent, mais toujours progressif de l'eschare sèche et adhérente, et réduction actuelle de plus de la moitié de la surface totale primitivement sphacélée.

Le malade est aujourd'hui (juin) présenté en pleine voie de guérison et le traitement se poursuit, sans nouvel incident à signaler. (Académie des Sciences. Séance du 2 juin 1897. Observation du Dr Apostoli, présentée par M. le prof. d'Arsonval.)

XVIII. — Le professeur Forster, de Berne, a fait des épreuves radiographiques chez 438 malades, atteints d'affections les plus diverses, le temps d'exposition variant d'une minute à une heure, et jamais, sauf deux cas d'érythème léger, il n'a observé que la radiographie ait une influence quelconque sur la peau ou le système pileux. Mais, depuis quelque temps, l'auteur se sert d'un *système d'éclairage intense*, qui laisse traverser la plus grande partie des rayons X, et depuis ce temps il observe des cas d'alopécie consécutive et d'érythème de la peau.

C'est ainsi qu'un malade fut soumis à deux reprises différentes à la radiographie pour déterminer la position exacte d'une balle de revolver, tirée dans la tête douze ans

auparavant. L'exposition a duré une demi-heure chaque fois, la balle fut parfaitement retrouvée, mais à l'endroit précis qui fut exposé à l'appareil (région temporo-auriculaire) il s'est produit une calvitie complète.

XVIII *bis*. — Chez un autre malade il a vu, dans les mêmes conditions, un érythème se produire à la région frontale et envahir l'œil correspondant. (Deutsch Medicin. Wochenschrift, 11 février 1897.)

XIX (1). — Jeune homme, 17 ans, exposé 5 à 10 minutes, *une ou deux fois par jour ;* quatre semaines.

Parties exposées : face gauche, dos et poitrine. Teinte brunâtre de la figure, plus tard, desquamation. Plaques d'alopécie au dessous de l'oreille droite ; sur le dos, plaques à vif, bulles hémorrhagiques, exsudation.

Sur la poitrine, lésions moins importantes. Pas de douleur à la figure, très forte sensibilité sur le dos, mais pas de douleurs jusqu'à l'éruption. Repousse des cheveux trois mois plus tard. Cicatrices sur le dos et la poitrine, d'une teinte brunâtre. (Dr Marcus.)

XX. — Homme, 35 ans. Première exposition, 1 heure ; deuxième exposition, 1 h. 1/2. Intervalle de sept jours entre les deux (abdomen). Deux jours après apparaît l'éruption.

Trois heures après la première exposition : nausées.

Mêmes effets après la deuxième exposition. Rubéfaction de l'abdomen, la rougeur augmente d'intensité jusqu'au quatrième jour, puis, vésicules. Dix-huit jours plus tard, ulcération de 0,19 sur 0,21, de la poitrine à l'ombilic, à surface lisse, brillante, humide.

Pas de symptômes subjectifs ; ni démangeaisons, ni douleur.

L'éruption disparut après vingt-huit jours. Il y eut une escarre qui tomba, et consécutivement formation d'une peau jaunâtre (Dr Dunn.)

XXI. — Le Dr Feilchenfeld a rapporté un cas presque semblable à la Société médicale de Berlin, sans donner aucun détail.

XXII. — Un photographe se servant fréquemment des rayons X exposait surtout aux radiations les premier et deuxième doigts de la main gauche. Il y eut de la raideur et du gonflement des articulations ; les doigts enflés prirent une teinte brunâtre. Le sens du toucher fut diminué.

Les doigts devinrent sensibles, il y eut sensation de brûlure.

La moustache se décolora et tomba. (Dr Conrad).

XXIII. — Le Dr Paul Fuchs, après un long usage des rayons X, eut les doigts de la main gauche très enflés ; la peau ridée, brunâtre, se crevassa, elle semblait avoir été gelée. Plus tard apparut, après une reprise d'expérimentation, une éruption de vésicules.

XXIV. — Chez un garçon de 13 ans, deux semaines après une séance de 45 minutes, apparut une éruption sur l'abdomen.

Il y eut d'abord hypérémie, puis éruption vésiculaire. Quatre semaines plus tard, guérison des parties centrales de l'abdomen, tandis que les parties voisines étaient en éruption. Couleur brune de la peau, exfoliation, démangeaison dès le début de l'éruption. Guérison au bout de 9 à 10 semaines (Dr Schrwald.)

XXV. — Chez un patient dont on expose le poignet 10 à 15 minutes, *pendant 3 ou 4 jours*, apparaît au 10e jour une éruption. D'abord rougeur de la peau, puis teinte pourpre, enflure, desquamation, grande douleur, sensibilité excessive, guérison lente. (Dr S. Kinner).

XXVI. — J. Macintyre a travaillé des mois avec les rayons X avant que les lésions cutanées apparaissent. Sa main semble avoir eu un coup de soleil. La peau est rouge, enflée. Tardivement il y eut exfoliation de l'épiderme et chute des poils.

L'auteur reconnaît comme cause des lésions la chaleur et l'électricité, principalement cette dernière. (*Nature*, n° 1412, vol. 55, nov. 19, 1896.)

XXVII. — Homme, *exposé 5 fois* de 20 à 80 minutes. (Région maxillaire et cou). Après la 2e exposition la face et le cou devinrent rouges et gonflés. Puis survint l'éruption 16 jours après, décoloration de la peau et exfoliation. (Dr Parker).

XXVIII. — Un homme, dont l'oreille fut examinée avec les rayons X *pendant plusieurs heures*, eut une alopécie du côté du crâne correspondant. Pas de douleur. (University of Minnesota.)

XXIX. — Exposition d'une demi heure, à un pouce 1/2 du tube (petit doigt de la main gauche).

Eruption 9 jours après.

Doigt extrêmement sensible, rouge foncé, enflé, raide. Plus tard, ampoules, formation de pus, exfoliation de l'épiderme. Pustules pendant plus de 3 semaines. Douleur. (Dr E. Thomson.)

XXX. — Femme exposée 3 *fois* aux rayons X, 20, 30 et 35 minutes. (Abdomen). Eruption 2 jours après.

La peau semble avoir reçu un coup de soleil. Teinte de plus en plus brune.

Plus tard, eschares, ulcérations, guérison très lente. Douleur. (Dr H. Richardson).

XXXI. — Malade exposé pendant 3 *séances* de 40 à 50 minutes. (Examen de la poitrine après une blessure d'arme à feu). Eruption 2 jours après.

D'abord poussée érythémateuse, puis, aspect d'une forte brûlure, eschare. (Dr M. J. Stern.)

XXXII. — Garçon de 12 ans. Exposition de tout le corps, *pendant 40 minutes*.

Plaque d'alopécie, 16 jours après.

Les cheveux tombèrent tout d'un coup, en une nuit.

Peau légèrement œdémateuse. (Dr F. Kolle.)

XXXIII. — Jeune fille exposée 30 minutes un jour, 45 *minutes* le lendemain (sternum.) L'éruption apparut le jour suivant. D'abord rubéfaction, puis phlyctènes. Trois mois plus tard la cicatrisation n'était pas encore complète. Douleur névralgique sur la partie affectée. (Dr J. C. White.)

XXXIV. — Homme. Expositions nombreuses. (Face, poitrine, abdomen.)

Rubéfaction, inflammation, puis ulcération. Exsudation abondante.

La barbe devint blanche par place et cessa de croître.

La surface ulcérée fut excessivement douloureuse, même

(1) Les observations XIX à XXXIX ont été traduites de la brochure du Dr T. C. Gilchrist. « Associate in dermatology K. Johns Hopkins University and Hospital. »

six semaines après le début des lésions. Le malade a dû garder le lit plusieurs mois. (Dr. Banister, de l'armée des Etats-Unis.)

XXXV. — Chez un opérateur il survint une éruption à la suite d'expositions fréquentes et longues.

Les parties lésées furent la main droite, le poignet, l'extrémité inférieure dorsale de l'avant-bras.

Il y eut hypérémie et gonflement du dos de la main, inflammation des doigts et de la main ; coloration brune de la peau et exfoliation.

Tardivement, douleurs lancinante qui durèrent environ deux semaines. (Dr T. C. Gilchrist.)

XXVI. — Dans un cas de radiographie de la nuque et du crâne l'éruption apparut dix jours après l'exposition.

Les cheveux de la région occipitale tombèrent, mais la peau resta normale. La nuque semblait avoir été soumise à la vésication. Sensation de picotement et de chaleur (Dr W. Downe.)

XXXVII. — Le Dr Sewell a relaté un cas semblable au précédent.

XXXVIII. — Après deux expositions *variant de* 20 *à* 90 *minutes*, l'éruption apparut *le soir même*. (Poitrine et abdomen.)

Il y eut érythème, puis papules et plus tard exfoliation de l'épiderme ; ulcération douloureuse. (D. W. Reid. Observation personnelle.)

XXXIX. — Après *vingt expositions* de une demi-heure à 5 minutes, pour la main gauche, et *trois expositions* pour le coude, il y eut éruption le deuxième jour.

D'abord picotements, puis démangeaison. Dix jours plus tard décoloration de la peau, autour du coude. (Dr A. B. Kibbe.)

XL. — Après une radiographie d'articulation tibio-tarsienne ankylosée, le malade ayant cru trouver à son état de l'amélioration, demande d'autres séances thérapeutiques. Il en est fait 6 de cinq en cinq jours avec un gros Colardeau tenu pendant cinq minutes à 15 cm. de la cheville.

Le malade part à Bourbonne, quinze jours après la dernière séance. Après quinze jours de douches chaudes, large phlyctène avec suintement très abondant et qui n'est pas encore cicatrisé deux mois après son apparition. Les médecins de Bourbonne ont dit n'avoir jamais constaté pareil accident, auquel les rayons X ont dû certainement contribuer. (Dr Oudin.)

XLI. — Un malade porte au niveau de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index une plaque de lupus sur laquelle nous faisons agir, dans un but de thérapeutique expérimentale, un gros tube de Colardeau placé à 5 cm. de la peau. Deux séances de dix minutes par semaine ; au bout de trois semaines se produit à la face palmaire du pouce et sur l'éminence une large phlyctène, qui mit plus de trois semaines à se cicatriser.

La plaque de lupus avait présenté une certaine irritation, mais sans tendance à la guérison. (Drs Oudin et Barthélemy.)

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique et opératoire, sous la direction de MM. Le Dentu et P. Delbet. T. V. — J. B. Baillière, édit. Paris, 1897.

Le traité de chirurgie continue les promesses qu'il avait faites. Rapidité et correction. Le dernier volume paru est consacré aux spécialités chirurgicales, et chacune des parties qui le compose peut être considérée comme un traité complet ayant trait à chacune des spécialités.

M. Terson, un jeune, avec un désintéressement qui est le propre de la jeunesse, a écrit un Traité des maladies des yeux en 350 pages, qui rehausse la valeur du traité de chirurgie, mais n'en constitue pas moins une œuvre personnelle et qui n'eut pas été déplacée sous la reliure isolée d'un volume spécial. L'article, puisque ce n'est qu'un article, mais un article complet, oh! combien, fait le plus grand honneur à M. Terson qui se place dès maintenant parmi nos ophthalmologistes, comme il l'était déjà, du reste.

Notre ami Castex a écrit les chapitres Maladies des oreilles et Maladies du nez. Des maladies des oreilles, je ne dirai rien, parce que je n'ai jamais été auriste et ne me sens pas de goût à le devenir. Peut-être le serais-je devenu, si j'avais lu l'article de mon ami Castex, mais en ce temps d'instruction surchauffée, il faut rester dans sa sphère et dans sa région, *Aliis commemoranda relinquo*. Je me suis contenté de retrouver le chirurgien qu'est mon ami Castex dans la partie chirurgicale de son article, dans l'étude des indications et contre indications opératoires au cas d'otites suppurées avec complications du côté du rocher. Je l'ai vu avec plaisir rester modéré dans ses indications et nous donner les préceptes qui doivent nous guider, lorsque nous devons prendre le bistouri. Je crois que c'est à ses conseils qu'il faut s'adresser si l'on veut être prudent et utile au malade, et surtout laisser de côté les exagérations de certains opérateurs à outrance. Des maladies du nez, je ne dirai non plus grand' chose, c'est encore au spécialiste que j'adresse mes malades et j'avoue mon ignorance de l'art du miroir et de l'éclairage.

M. Le Dentu écrit un très beau chapitre intitulé Tumeurs congénitales et malformations du crâne et de la face, dans lequel on trouve résumées clairement toutes les notions du développement de l'extrémité céphalique. Faire clair et bref n'était pas chose aisée, c'est pourtant ce qu'a réalisé M. Le Dentu.

Les principes opératoires de la staphylorrhaphie et de l'uranoplastie sont exposés à merveille et la grande pratique de M. Le Dentu pouvait à lui seul permettre de traiter aussi complètement cette importante et décevante partie de la chirurgie opératoire.

Le volume se termine par l'étude des affections chirurgicales des mâchoires écrite par M. Nimier. On re-

trouve dans ce chapitre toutes les qualités de conscience et d'érudition qui font de M. Nimier un de nos chirurgiens les plus écoutés. Il était en apparence impossible d'être intéressant en traitant des traumatismes du maxillaire aussi bien que des lésions inflammatoires des mâchoires, et cependant il semble en lisant l'article de M. Nimier qu'on lit pour la première fois ce qui sous la plume d'un autre eut été banal comme une énumération ou insipide comme une compilation. C'est que l'auteur a su être original et ne s'inspirer que de son expérience personnelle et de son instruction profonde.

Nous terminons donc l'analyse de ce cinquième volume comme celle des précédents par des compliments sincères, en disant contrairement au poète : Ne cessez de vaincre, que je ne cesse d'écrire.

F. VERCHÈRE.

REVUE DE LA PRESSE

Gangrène disséminée de la peau d'origine iodo-potassique, par le Dr AUDRY. (*Journ. des mal. cut. et syph.*) — Cette éruption iodique grave s'est terminée par des gangrènes multiples. Th. I..., âgée de 47 ans, ménagère, sans antécédents héréditaires, a eu en 1895 une poussée d'eczéma séborrhéique de la face dont elle guérit facilement. Dès ce moment, elle présenta les signes d'un nervosisme extrême, pour lequel, sur les conseils d'un pharmacien, elle prit de l'iodure de potassium qui détermina une éruption bulleuse limitée à la face. Suppression de l'iodure, guérison rapide.

En février 1897, malgré les recommandations faites, la malade se remit à l'iodure de potassium sous forme de sirop de raifort iodé et elle en absorba jusqu'au 23 juillet. Ce fut au commencement de juillet qu'apparurent les premiers éléments primitifs : dans l'aisselle gauche, au niveau du pli du coude, sur les lombes, au haut des cuisses.

La malade entra à la clinique du Dr Audry le 23 juillet, dans un état d'amaigrissement et de faiblesse pitoyable.

Dans le creux axillaire gauche, large ulcération de la peau à bords nettement découpés, un peu surélevés, festonnés par la réunion de plusieurs plaques rondes de sphacèle; les tissus environnants sont infiltrés, d'un rouge violacé. Au-dessus du sein du même côté, il existe une petite pustule varioliforme, à bords infiltrés et rouges; au niveau du grand pectoral, la pustule s'est excavée à son centre par suite du détachement d'une petite eschare noire; plusieurs ulcérations semblables tendent à se fondre et à constituer de larges plaies analogues à celles de l'aisselle. Mêmes lésions au pli du coude gauche et sur la face interne du bras.

D'autre part les grandes lèvres et la région cruro-périnéale jusqu'à l'anus présentent des ulcérations larges et profondes. Au niveau de la région sacro-lombaire, huit plaques ulcérées, dont les bords circonscrivent un cratère rempli d'une masse noire gangréneuse. Enfin sur le cuir chevelu, dans la région temporale gauche, plaque semblable de gangrène sèche, grande comme une pièce de 2 francs.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni iodure.

Etat général très mauvais, insommie, état nerveux très mauvais; l'examen de la malade ne révèle aucun stigmate positif d'hystérie.

Traitement. Repos, alimentation tonique; bains, pansements boriqués humides. Le 15 octobre, l'état général est satisfaisant; toutes les ulcérations sont cicatrisées, les cicatrices sont violettes, chéloïdiennes au centre.

Le 18 octobre, sur la face interne du bras gauche, bulle sanguinolente entourée d'un œdème rouge, qui laisse bientôt place à une plaque noire de gangrène sèche. La malade nie avoir pris de l'iodure de potassium. Six jours après, éruption vésiculeuse dans toute la région axillo-mammaire gauche. L'examen de l'urine de la malade révèle des traces d'iodure de potassium, que celle-ci a pris à ses voisines de salle.

L'examen histologique d'une pustule, dont le centre commençait à se nécroser, a montré les altérations suivantes : infiltration inflammatoire constituée par la prolifération des cellules fixes et l'apparition des lymphocites, altérations secondaires nécrotiques de l'épithélium. Gravité et importance considérable des lésions des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Importance de l'œdème profond.

Les processus gangréneux ont été déjà signalés au cours de l'iodisme grave, comme dans les formes anthracoïdes de Besnier, mais jamais il ne s'est agi comme ici de gangrène tégumentaire vraie. L'examen histologique a en effet montré qu'on n'était pas en présence d'un processus de nécrose septique greffé sur une ulcération, ni d'une nécrose passive consécutive à des infiltrations hémorrhagiques; peut-être s'agit-il de lésions primitives du système vasculaire sanguin et lymphatique dont l'épithélium a été violemment affecté par l'iodure de potassium absorbé.

Dans le cas actuel il faut adopter l'hypothèse de l'intolérance individuelle, tandis que dans le fait de M. Billard, l'éruption avait été déterminée par la mauvaise qualité de l'iodure.

En terminant, le Dr Audry rappelle qu'on a déjà publié un certain nombre de faits de gangrène multiple disséminée de la peau; un grand nombre ont été observés sur des hystériques. D'autres témoignent d'une origine neuritique; on a incriminé l'artério-sclérose, le mal de Bright; on a découvert des simulations. Le Dr Audry demande qu'à l'avenir, surtout dans les cas où l'étiologie serait douteuse, on s'informe des médications conseillées ou dissimulées, subies antérieurement par les malades. Peut-être y a-t-il eu des faits non reconnus d'iodisme ou de bromisme gangréneux.

Le Dr Audry ne veut pas en induire que toutes les

gangrènes disséminées multiples de la peau sont médicamenteuses, mais il demande qu'on écarte ce diagnostic avant d'en adopter un autre. Dr BARBE.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 février 1898. — *Présidence de* M. WOLF.

MM. R. SOREL et A. SORET adressent, du Havre, par l'entremise de M. Mascart, une **Note sur un cas d'éléphantiasis avec troubles nerveux, guéri après applications de rayons X.**

Tuberculose et pseudo-tuberculoses. — MM. BATAILLON et TERRE. Recherches sur les animaux.

Les parasites du cancer et du sarcome (morphologie, répartition). — M. F.-J. BOSC. Des arguments d'ordre clinique, étiologique et expérimental nous permettent de penser que les tumeurs malignes de l'homme, et en particulier le *cancer* (épithéliome, carcinome) et le *sarcome*, ont une origine infectieuse.

Existe-t-il, dans ces tumeurs, des corps qui se différencient des éléments propres de nos tissus et capables de jouer un rôle pathogène ? Plusieurs auteurs ont décrit des formes qu'ils interprètent comme des parasites, mais elles sont très variables et actuellement considérées comme exclusives les unes des autres.

Nous avons repris cette étude sur un nombre considérable d'épithéliomes, de carcinomes, de sarcomes, mais nous nous sommes gardé de nous baser uniquement, même pour la simple étude morphologique, sur l'examen de coupes histologiques plus ou moins altérées par les réactifs et aux données desquelles on peut toujours opposer des doutes. Toute tumeur a été examinée immédiatement, à *l'état frais*, L'examen comportait l'étude du suc cancéreux, du raclage de la surface fraîche de section recueilli en des points divers de la tumeur présentant une particularité : points jaunâtres, vermicelles, boyaux remplis de matière cancéreuse ramollie, contenu des kystes, etc. L'examen microscopique en a été fait directement, à une lumière vive, sans coloration d'abord, puis après coloration légère par divers réactifs : picro-carmin, thionine, bleu de Roux, safranine, biondi, liqueur d'Erlich diluée dans la glycérine. Nous avons pu parvenir à conserver des préparations fraîches ainsi préparées à la glycérine avec ou sans fixation préalable par l'acide osmique. Les observations faites sur les tissus frais ont été contrôlées sur des coupes histologiques très nombreuses de fragments très minces fixés dans le formol, le flemming ou le sublimé à saturation dans l'eau et après des colorations sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

La synthèse des documents fournis par l'examen de très nombreuses tumeurs, et en particulier de trente-deux cas très étudiés, nous amène à cette conclusion qu'il existe dans ces tumeurs *des formations anormales étrangères à nos tissus* pouvant se grouper suivant *cinq types morphologiques* :

1° Formes *micrococciques* ou *microbiennes*; 2° *granulations* ; 3° formes *cellulaires* de volumes très variable, parmi lesquelles des formes *pseudopodiques* ; 4° formes *enkystées* ; 5° formes *sarcodiques*.

1° Les *formes micrococciques ou microbiennes* existent dans toutes les tumeurs que nous avons examinées. Elles y sont les plus abondantes et parfois en nombre tel que chaque cellule en contient une et même plusieurs, jusqu'à quatre, six. Leur volume peut ne pas dépasser celui du plus petit microcoque, ou atteindre celui d'un gros staphylocoque. Il existe autour de chacune d'elles une petite zone hyaline très réfringente, ressemblant exactement à la capsule qui entoure certains microbes. Parfois une même capsule peut contenir deux petits éléments, de sorte que la figure représente, à s'y tromper, un diplocoque encapsulé. Ces formes microbiennes à l'état frais se colorent facilement, sauf la capsule, qui demeure incolore.

2° Les *granulations* ont le même aspect que les formes microbiennes, mais leur volume est plus considérable. Elles sont formées par une petite masse ronde, homogène, brillante, entourée d'une zone hyaline qui peut prendre un très grand développement. Elles sont extrêmement nombreuses.

3° Les *formes cellulaires*. Nous les nommons ainsi à cause de leur ressemblance morphologique avec un élément cellulaire. Elles peuvent présenter une structure très complexe. Les plus simples sont formées par une masse homogène nucléée, entourée de sa zone hyaline. D'autres présentent une zone granuleuse au centre ou sur les bords de la masse homogène précédente augmentée de volume ; certaines ont un noyau vésiculeux nucléolé et une masse protoplasmique divisée en trois, quatre et cinq zones concentriques d'apparence et de réaction variables. On peut observer des divisions nucléaires dans la masse protoplasmique, des divisions de la masse elle-même en segments nucléés, des divisions en *rosace*, en *marguerite*, ou bien de véritables *morulas*. Les formes *pseudopodiques* sont remarquables par l'étirement de leur protoplasma en prolongements qui peuvent atteindre une grande longueur.

4° Les *formes enkystées* sont constatables à l'état frais et sur des coupes. On trouve des kystes parfaits bien isolés, avec leur paroi à double contour remplie de protoplasma granuleux à noyau nucléolé, ou à protoplasma rétracté au centre en forme de sphère. Le kyste peut renfermer deux, quatre, six spores volumineuses ou un grand nombre de microspores.

Nous avons observé des spores contenant deux *sporozoïtes* (corps en croissant) à gros noyau, enserrant une masse granuleuse de reliquat.

5° *Formes sarcotiques*. Dans certaines tumeurs, surtout dans les sarcomes, nous avons trouvé des masses volumineuses de protoplasma à bords pseudopodiques et renfermant des corps qui avaient toute la structure de spores. Ces spores étaient en nombre variable et à des degrès divers de développement dans l'intérieur de la masse sarcodique.

Toutes ces formes existent dans les épithéliomes, les carcinomes et les sarcomes. Cependant, *les sarcomes contiennent surtout des formes microbiennes et des granulations* ; dans certains, même, on ne trouve que ces dernières formes. Ces formes sont isolées et au nombre de 2, 3, 4 dans une même capsule, comme s'il se faisait un très énergique processus de division directe.

Ces cinq types d'éléments ont leur *siège*, soit dans le protoplasma de la cellule cancéreuse, soit dans le noyau (rare), soit dans l'intérieur de cellules conjonctives et de *cellules géantes* typiques, pour lesquelles on ne pouvait

pas invoquer la coexistence d'une lésion tuberculeuse. Ces éléments peuvent exister *dans les mailles du tissu conjonctif* ; c'est ce qui a lieu surtout pour les sarcomes et, dans ce dernier cas, la zone hyaline a des bords irréguliers, arrondis, tandis que, pour les parasitaires intracellulaires, cette zone a une forme géométriquement ronde ou ovale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 février 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend 1° une lettre de M. le Dr Aubeau qui demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 18 février 1897 ; ce pli est lu par M. le Secrétaire annuel; 2° une lettre de M. le Dr Catrin, médecin-major de 1re classe, qui se porte candidat au titre de correspondant national (1re division).

Remèdes secrets. — M. Motet lit, sur quelques demandes en autorisation d'exploiter des remèdes secrets, un rapport très spirituel et très amusant, dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Mort de M. Leuckart. — M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le professeur Leuckart, de l'Université de Leipzig, correspondant de l'Académie depuis l'année 1896.

M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à la fin de la séance, pour entendre le rapport de M. Reclus sur les candidats au titre de correspondant national dans la 2e division.

A la fin de la prochaine séance, l'Académie se formera en comité secret, pour entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt, sur les candidats au titre correspondant dans la 1re division (médecine).

Maladie kystique du testicule. — M. Berger lit un rapport sur une observation communiquée par M. le Dr Kirmisson. L'enfant en question fut présenté à M. Kirmisson à l'âge d'un an. Il portait une tumeur dure, grosse comme une noix, développée aux dépens du testicule lui-même. Cette tumeur, en quelques mois, augmenta dans de grandes proportions; quatre mois après le premier examen, malgré un traitement spécifique, elle était grosse comme un œuf de poule et s'accompagnait d'un épanchement modéré dans la tunique vaginale.

La castration fut pratiquée, et l'enfant guérit sans présenter (depuis plus de deux ans déjà) de récidive.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire de M. Malassez, fit reconnaître qu'il s'agissait d'une tumeur kystique du testicule. M. Berger insiste sur les caractères anatomiques par lesquels la tumeur en question différait des cas observés antérieurement par M. Malassez et sur lesquels est fondée la description qu'il a donnée en 1876 de ce genre de tumeurs ; — on n'y trouvait pas la couche formée par le refoulement excentrique du tissu testiculaire par la tumeur ; ce tissu avait complètement disparu ; — l'épithélium qui tapissait la paroi du kyste était partout un épithélium à cellules aplaties, et il ne présentait pas le polymorphisme qu'on a observé dans les autres cas de tumeur kystique du testicule ; enfin, cet épithélium s'infiltrait dans la trame conjonctive en déterminant des formations, boyaux et nids cellulaires, logés dans des alvéoles, très semblables aux productions carcinomateuses.

Il s'agirait donc peut-être, d'une tumeur établissant la transition entre la tumeur kystique du testicule et le cancer de cet organe, fait d'autant plus intéressant que l'ablation n'a pas été suivie de récidive.

L'absence de vestiges du tissu glandulaire est contraire à la doctrine de Langhans qui fait dériver les kystes d'une transformation des conduits séminifères ; elle vient plutôt à l'appui de la théorie de M. Malassez pour qui la tumeur kystique du testicule est un véritable épithéliome myxoïde développé dans le stroma conjonctif de l'organe mâle.

L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques. — M. Combemale, professeur à la Faculté de médecine de Lille. L'étude toxique et physiologique des sels de thallium est presque complète, et en thérapeutique Pozzi et Courtade les proposèrent en 1884 contre la syphilis. Mais l'acétate de thallium a été aussi discrètement signalé comme un antisudoral. M. Combemale en a repris l'étude à ce dernier point de vue.

Administré sous la forme pharmaceutique commode de pilules de 10 centigrammes chacune, l'acétate de thallium donne des résultats remarquables, qui légitimeraient l'admission de ce médicament peu connu dans la thérapeutique des sueurs excessives.

Sur plus de 30 malades, tuberculeux ou autres, grands sueurs nocturnes, un seul n'a pas été soulagé; un autre fut seulement amélioré sans être complètement débarrassé toutefois.

Ce sont surtout les grands excavés cachectiques qui bénéficient de cet anhydrotique; à l'inverse des antisudoraux, l'acétate de thallium a son maximum d'effet chez les cachectisés : une leucocythémique dans ce cas en tira aussi très grand profit.

Chez les tuberculeux indurés ou à ramollissement commençant, le médicament n'a pas de moindres effets. Les vieux tousseurs par dilatation bronchique, bronchite chronique, qui suent tout comme les tuberculeux sont aussi bien traités par l'acétate de thallium.

La dose quotidienne est de 10 centigrammes, très rarement de 20 centigrammes. Il convient de ne jamais prescrire le médicament plus de 4 jours de suite : les effets en étant très durables, persistant de 2 à 10 jours, les cas réfractaires n'ayant jamais cédé, même à 8 prises consécutives.

La prise doit se faire une heure environ avant le moment présumé de l'apparition des sueurs.

Ces excellents résultats impliquent la recherche des inconvénients. Cliniquement, il n'a rien été observé d'analogue à ce que donne l'analyse expérimentale, qui fait du thallium le plus toxique des métaux et le présente comme un poison musculaire paralysant. Mais il faut rapporter que trois fois une alopécie totale et extraordinairement rapide, en 2 à 8 jours, s'est montrée chez des sueurs, qui, il est vrai, perdaient déjà leurs cheveux et avaient pris de 80 centigrammes à 1 gr. 10 d'acétate de thallium en un mois ; par contre, des tuberculeux dans les mêmes conditions, qui virent leurs sueurs arrêtées par une ou deux prises consécutives, ne subirent pas cette perte quasi foudroyante de leur chevelure. La conclusion est que cet accident n'est à craindre qu'à la suite de l'emploi prolongé ou de doses fréquemment répétées. L'explication de l'alopécie

ne peut être trouvée dans la présence du thallium dans le cuir chevelu, la spectroscopie n'ayant pas caractérisé ce métal dans une macération du cuir chevelu de l'un de ces décalvés.

Vésicatoires. — M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit au nom de M. le Dr MIGNOT, de Chantelle, correspondant, une lettre sur le vésicatoire.

M. FERRAND. Les reproches faits au vésicatoire peuvent être faits à la méthode révulsive tout entière. L'épiderme n'est d'ailleurs pas le seul moyen de protection de l'économie ; les leucocytes peuvent à un moment donné faire de la phagocytose et aider la protection. Un vésicatoire bien traité n'est pas une plaie ; il n'y a pas là de plaie ouverte ; il provoque un afflux sanguin dans la couche du derme un afflux de leucocytes qui vont protéger l'économie contre toute incursion de l'extérieur et en même temps agir contre la maladie pour laquelle il est appliqué.

A 4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret. Voici la liste de classement des candidats à la place vacante de correspondant national dans la 2e division (chirurgie) : 1re ligne : M. Folet (Lille) ; 2e ligne : M. Hache (Beyrouth) ; 3e ligne : M. Heydenreich (Nancy) ; 4e ligne : M. Auffret (Brest) ; 5e ligne : M. Crivelli (Melbourne) ; 6e ligne : M. Poncet (Vichy).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 février. — Présidence de M. SEVESTRE.

Diabète fruste. — MM. ACHARD et WEIL. Le diabète constitutionnel, appelé encore diabète gras, arthritique ou goutteux, est lié de la façon la plus étroite à un état général particulier qui caractérise le tempérament arthritique. Dans ce diabète, la glycosurie n'acquiert pas la prédominance qui lui revient dans le diabète dit pancréatique ; cette glycosurie peut subir des fluctuations, elle peut disparaître même sous des influences variées, et le trouble général de l'organisme n'en persiste pas moins. On est donc conduit naturellement à envisager la possibilité d'un *diabète fruste* ou diabète constitutionnel sans glycosurie, comparable à quelques égards au mal de Bright sans albuminurie.

Nous avons trouvé un procdé nous permettant de reconstituer ce diabète fruste.

1° *Insuffisance glycolytique dans le diabète glycosurique.* — Dans le diabète, on peut facilement juger, par l'épreuve de la *glycosurie alimentaire*, l'insuffisance glycolytique du foie. Pour apprécier l'aptitude des autres tissus à retenir le sucre on a recouru jusqu'ici à deux méthodes différentes : l'une, imaginée par M. Hanriot, étudie le quotient respiratoire chez l'homme sain et chez le diabétique après absorption du sucre, c'est-à-dire le rapport qui existe entre l'acide carbonique exhalé et l'oxygène absorbé par la respiration, et montre que chez le diabétique le sucre n'est pas assimilé. L'autre méthode, due à M. Lépine, détermine directement la destruction du sucre accomplie *in vitro* par le sang. Ces deux moyens d'investigation étant compliqués, il nous a semblé plus simple et plus exact d'instituer, pour les tissus en général, une épreuve qui fût en quelque sorte le pendant de ce qu'est pour le foie l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Cette nouvelle épreuve consiste à introduire du glycose dans l'organisme en évitant la traversée du foie, c'est-à-dire en l'injectant sous la peau, et à chercher s'il passe dans les urines.

Nous n'avons jamais dépassé la dose de 10 grammes de glycose. Cette épreuve nous a montré que, chez les diabétiques, l'injection sous-cutanée de glycose provoque une exacerbation passagère de la glycosurie, et que chez des sujets dont le diabète est devenu à peu près latent, elle peut la rendre apparente. D'où nous pouvons déduire que, s'il existe un diabète fruste, sans glycosurie, on aura quelque chance de le mettre en évidence en recourant à cette épreuve de la glycosurie suite d'injection sous-cutanée de glycose.

2° *Insuffisance glycolytique dans le diabète fruste, sans glycosurie.* — Nous avons pu recueillir les observations de 5 sujets qui, sans être habituellement glycosuriques, présentaient une insuffisance générale de la glycolyse. C'étaient des sujets arthritiques mais qui n'étaient pas glycosuriques, ni même glycémiques à proprement parler. Chez ces sujets, l'épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée, faite avec des doses de glycose variant de 2 gr. 50 à 10 grammes, a constamment donné un résultat positif. Chez ces sujets l'épreuve de la glycosurie alimentaire a donné également un résultat positif, mais nous estimons que, pour apprécier l'insuffisance glycolytique, l'épreuve sous-cutanée est préférable, car l'épreuve de la glycosurie alimentaire peut être positive chez des sujets qui ne sont pas de futurs diabétiques, mais dont le foie est altéré ; elle prouve seulement que le foie ne peut arrêter le sucre.

Grâce à cette épreuve on pourra donc dépister le début du diabète constitutionnel, c'est-à-dire le moment où cet état morbide est déjà constitué alors qu'il n'y a pas encore de glycosurie ; on pourra ainsi traiter le malade avant l'apparition de ce symptôme qu'on pourra ainsi tout au moins retarder ; de plus, cette épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée complète la démonstration expérimentale de l'insuffisance de la glycolyse dans le diabète.

Hémoglobinurie paroxystique à frigore. — M. Lucien ROQUES présente un malade atteint depuis trois ans d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*. La particularité remarquable qui existe chez lui c'est l'apparition d'un œdème de la peau analogue à une plaque d'urticaire, survenant sur tous les points du corps où l'on fait agir le froid, pendant une minute seulement, sous une forme quelconque (glace, éther, insufflation d'air froid). Cet œdème, circonscrit en ce point, présente une coloration jaunâtre semblant indiquer une transsudation locale de l'hémoglobine, ou une modification du sérum tenant de l'hémoglobine en dissolution. Ce malade ne présente pas de stigmates, d'hystérie et n'est pas dermographe.

Hydroparotide intermittente. — M. Paul CLAISSE. Le malade que je présente, est atteint depuis un an de fluxions subites, passagères, qui apparaissent au niveau de la parotide gauche, au moment des repas. On voit en même temps le canal de Sténon distendu, formant un cordon du volume du petit doigt. Les gencives sont en très mauvais état.

Le cathétérisme révèle au niveau de l'orifice un rétrécissement scléreux très prononcé, qui a déjà cédé à une première dilatation et que j'espère faire complètement disparaître.

Ce fait est absolument comparable, dans son allure clinique, à un fait rapporté avec E. Dupré, à propos de la pa-

rotidite saturnine dont nous avons cherché à établir la nature infectieuse. Nous montrions dans notre mémoire que la tuméfaction glandulaire peut résulter soit d'une cirrhose parotidienne hypertrophique, soit d'une simple rétention salivaire que nous dénommions hydroparotide ; celle-ci peut-être épisodique, si elle tient à l'obstruction catarrhale inflammatoire (sténonite aiguë) ou au contraire, chronique, si elle est d'origine scléreuce (sténose fibreuse).

C'est à cette dernière catégorie que correspond le cas présent. Il s'agit d'une hydroparotide due à une sténose aiguë nettement décrite par le malade. Cette hydroparotide chez un sujet non intoxiqué est absolument comparable à certains accidents saturnins que nous avons décrits, ce qui prouve bien, comme nous l'avions dit que le plomb joue simplement le rôle de cause prédisposante ; il n'a d'autre effet que de préparer l'altération inflammatoire buccale dont la sténonite est un simple épisode.

Neuro-fibromatose généralisées sans tumeurs fibromateuses. — M. G. Thibierge présente une femme de 36 ans, entrée à l'hôpital pour troubles gastriques. En l'examinant on constate des taches pigmentaires de coloration café au lait, planes, non pileuses, occupant la presque totalité du tronc et relativement symétriques. Ces taches sont de deux ordres : les unes de 2 à 3 millimètres de diamètre, arrondies ou irrégulières, disséminées en très grand nombre ; les autres au nombre de 12 à 15, plus étendues, atteignent 4 à 5 centimètres de large, allongées, la plupart obliques par rapport à l'axe du corps. Elles ont absolument les caractères des taches pigmentaires qu'on observe dans la neurofibromatose ; de plus la malade présente des troubles psychiques, asthénie, abattement, tendances mélancoliques, qui se rencontrent dans cette affection. Cependant en aucun point de la surface cutanée on ne découvre de tumeurs, soit molluscoïdes, soit correspondant à un tronc ou à un rameau nerveux. Le nom de neuro-fibromatose n'est donc pas applicable aux cas de ce genre, qui méritent plutôt la dénomination de maladie de Recklinghausen.

Il convient de signaler une coloration brunâtre diffuse du visage, que M. Thibierge a observée déjà dans plusieurs cas de cette affection et qui, dans le cas présent, est peut-être sous la dépendance de l'urobilinhémie, car on constate la présence d'urobiline dans l'urine et dans le sérum sanguin. La malade éprouve des troubles gastriques et son suc gastrique est hyperacide ; les troubles gastriques sont peut-être plus fréquents qu'on ne le pense dans cette affection.

Insuffisance mitrale par rupture des tendons de la petite valve. Crises cardiaques à tendance syncopale. — MM. Rendu et Hallé communiquent l'observation d'un homme de 63 ans, qui fut pris le 7 janvier d'un accès subit de dyspnée suivi de syncope. Il n'existait aucun antécédent héréditaire chez ce sujet qui était un peu gêné pour respirer depuis deux mois. En l'examinant on entendait un souffle systolique perçu à la pointe du cœur et dans l'aisselle gauche, quelques râles d'emphysème dans la poitrine : rien dans les autres organes. On pose le diagnostic de vieille lésion valvulaire. Vers le 15 janvier, trois nouvelles crises cardiaques se manifestèrent et le sujet fut pris d'une grippe compliquée de broncho-pneumonie, le 22 janvier. A la suite d'un nouvel accès, il succomba le 24 de ce mois.

On trouve, à l'autopsie, sur le pilier gauche de la valvule mitrale, la rupture de plusieurs des tendons et cordages tendineux. L'insuffisance de la valvule mitrale était due à cette rupture.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février. — Présidence de M. Berger.

Traitement des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées. — M. Picqué. L'état de l'articulation tibio-tarsienne doit être le guide dans le choix de l'intervention. Si l'articulation est mobile, on doit faire l'ostéotomie cunéiforme, si elle est ankylosée on fera la résection.

M. Tuffier. J'ai fait trois fois l'ostéotomie non au-dessus ni au dessous de la fracture, mais au niveau même de la solution de continuité. Je crois cette manière de faire plus logique. Une de mes malades devra être réopérée.

Des abcès du foie. — M. Fontan. J'ai pu étudier plus de 150 abcès du foie et j'en ai opéré 50. Ma pratique consiste à ouvrir largement là où l'on soupçonne le pus. Si on ne le trouve qu'à travers le diaphragme, il faut faire soigneusement la suture pleuro-pleurale. Ce n'est qu'après cette suture que je fais l'ouverture du diaphragme et du foie.

Je fais de plus le curettage de la poche, qui la débarrasse de la boue qui tapisse la paroi de l'abcès. Ce curettage ne produit ni cholérrhagie ni hémorrhagie. En 1895, ce curettage m'avait donné 87 p. 100 de succès. Depuis j'en ai fait 30 nouveaux qui tous guérirent.

Dans les cas où il y a en même temps ouverture dans les bronches, faut-il agir comme s'il n'y avait pas eu ouverture ? Cette question doit être encore en suspens.

Arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule. — M. Nélaton fait un rapport sur une observation adressée par M. Delagenière (de Tours). Il s'agissait d'un homme atteint de luxation compliquée de fracture de l'épine de l'omoplate, qui ne fut vu qu'au bout de trois mois. Incision en arrière, section de l'épine mal consolidée ; il ne peut réduire. Incision en avant, et malgré des sections de la capsule, on ne peut réduire. Il nivelle la cavité glénoïde et la réduction est faite. La réunion se fait alors, mais le malade n'a que des mouvements limités, les douleurs spontanées persistent dans tout le membre.

Il me semble qu'une luxation irréductible de l'épaule peut se présenter dans trois conditions.

Luxation de l'épaule primitivement irréductible, quelles que soient les manœuvres auxquelles on l'a soumise. Dans ce cas il faut faire une arthrotomie immédiate, avec suture de la capsule et on a de merveilleux résultats.

Luxations irréductibles anciennes : les unes datant de six semaines au plus, les autres plus éloignées. Dans le premier cas, arthrotomie, qui permet de libérer une des lèvres étranglantes et d'obtenir un résultat parfait. Dans le deuxième, alors qu'il y a rétraction capsulaire et aussi déformation osseuse — il n'y a plus de capsule on ne peut remettre la tête dedans — et alors on fait comme Delagenière, des opérations de deux heures sans résultat possible. Il faut, comme l'a dit Lucas-Championnière faire la résection de la tête. J'ajouterai que les malades auxquels on n'a pas touché, qui posent la question de la résection, font les mouvements de leurs articulations et que

nous ne pouvons espérer leur donner mieux et que par suite il est alors logique de s'abstenir.

Pathogénie de la lithiase biliaire et salivaire. — M. HARTMANN fait un rapport sur deux observations de calculs, l'un salivaire de M. LOYSON, l'autre biliaire de M. MIGNOT. Dans le calcul salivaire de M. Loyson on trouve au centre des streptocoques, d'où l'origine infectieuse du calcul. Dans les calculs biliaires de M. Mignot on trouve 23 fois sur 70 cas des bacilles dans les calculs ou dans la bile.

La preuve expérimentale de l'origine infectieuse des calculs a été apportée sous forme de calculs par M. Mignot. C'est le coli-bacille qui est le microbe le plus fréquent. Il faut l'atténuer presque à son minimum, puis amener une stase presque complète de la bile dans la vésicule. Il put ainsi obtenir de véritables calculs biliaires dans la vésicule. La lithiase biliaire infectieuse existe. Peut-on, à côté d'elle, placer la lithiase diathésique, et n'a-t-on pas, dans les cas où il n'y a pas d'éléments infectieux, le droit de penser que les micro-organismes ont existé, mais ont disparu? Il n'existe en somme aucun cas authentique de lithiase diathésique.

Délire psychique post-opératoire. — M. PICQUÉ. D'innombrables travaux ont déjà été écrits sur cette question. Dans une première période on s'occupe surtout des faits de manie aiguë après les opérations gynécologiques.

Plusieurs causes peuvent engendrer le délire après l'acte opératoire. Il y aura le faux délire, délire d'intoxication, alcool, iodoforme, chloroforme, et même septicémie, il faut le distinguer du vrai délire post-opératoire.

Celui-ci se voit du deuxième au cinquième jour après l'opération et ne se rencontre guère que chez trois catégories de malades, enfants, vieillards, prédisposés héréditaires.

Ces délires se rencontrent après les interventions déprimantes, amputations, castration, varicocèle avec atrophie du testicule, taille hypogastrique, anus contre nature.

Cystostomie transpubienne. — M. HAGOPOFF lit un mémoire sur ce procédé nouveau.

Conservation du pied après une tuberculose grave. — Présentation du malade par M. SCHWARTZ.

Tarsectomies complexes. — Présentation de deux malades par M. RICHELOT.

F. VERCHÈRE.

VARIÉTÉS

Impressions de voyage de deux congressistes à Moscou.

(*Suite* (1).

Nous avons été surpris de ne pas voir pendant la nuit de volets quelconques devant les glaces, les fenêtres des magasins et des maisons particulières ; c'est qu'il n'y a pas de voleurs ou du moins il y en a fort peu ; et voici la raison topique qu'on nous en a donnée : un voleur est-il pris ayant commis un premier larcin, on se contente de l'admonester vivement et même on lui donne quelques jours de prison ; mais si c'est un vol important ou une récidive, on l'envoie tout simplement en Sibérie, d'où il est bien difficile de s'évader, et peut-être plus difficile encore de revenir, à cause des distances énormes à parcourir.

La police est admirablement faite ; les cochers prennent très bien leur droite, ne se disputent jamais ; pendant la nuit, l'éclairage est très suffisant et la lumière électrique tend de plus en plus à se multiplier.

On a beaucoup critiqué la saleté des rues de Moscou ; elles nous ont paru propres ; il est vrai que nous les avons vues pendant l'été. Elles ont un affreux pavé en cailloux pointus, mais elles sont balayées régulièrement pendant la nuit et arrosées deux ou trois fois par vingt-quatre heures ; l'odorat, pas plus que la vue, n'est désagréablement affecté, et en somme l'hygiène de la voirie nous a paru suffisante.

Autre habitude curieuse : les maisons n'ont pas de numéro ; chaque maison est connue par le nom de son propriétaire, ce qui est loin d'être toujours facile pour trouver une adresse. Cette absence de numéros se trouve encore chez nous dans quelques petites villes de province, c'est un reste de vieilles coutumes d'antan ; la Russie nous donne ainsi à chaque instant l'impression d'une civilisation retardataire,

Durant tout notre séjour à Moscou nous avons eu un temps superbe, il faisait même trop chaud, + 35° centigrades ! Au mois de juillet il y avait eu jusqu'à + 42° ! Depuis plus de deux mois on n'a pas eu de pluie, c'est une année de sécheresse ; les gros bateaux ne font plus le trajet sur la Volga, de Jaroslaw à Nijni-Nowgorod ; les feuilles des arbres sont desséchées et les champs avoisinant Moscou sont absolument roussis. On est étonné de la grande chaleur des étés en Russie ; cela tient à la nature du sol tout en plaines, partant sans grandes variations météorologiques ; été court, mais très chaud ; les nuits étant courtes, la somme de chaleur accumulée pendant le jour est considérable ; en hiver c'est tout le contraire.

Nous avons voulu goûter de la cuisine russe ; aussi, laissant un soir la trop uniforme table de notre hôtel, nous avons commandé un dîner au Restaurant de l'Ermitage, et nous nous sommes assis au nombre de dix convives autour d'une table admirablement servie ; pour nous faire honneur, on avait écrit en tête de notre somptueux menu : *Dîner des Médecins français.*

Ce qu'il y a d'original dans les dîners russes ce sont les *zakouskis*, nombreux hors-d'œuvre, que l'on sert également au commencement du repas ; le *caviar* y tient la place d'honneur ; ce sont des œufs *frais* et salés d'esturgeon, de couleur grise, délicieux au goût, et ne ressemblant absolument en rien au prétendu caviar mangé dans les buffets en tartines recouvertes d'une matière noire fort peu appétissante et sentant la sardine rance ; les boissons obligatoires pendant et après les hors d'œuvre sont des liqueurs que l'on boit à profusion ; l'eau-de-vie du pays, *votka*, est médiocre, et c'est le *kümmel* que nous avons le plus apprécié (le monopole de l'alcool existe en Russie et donne de bons résultats). Les Normands « font un trou » au milieu du repas avec un verre d'eau-de-vie ; c'est au commencement que les Russes font le leur avec plusieurs verres de liqueurs fortes. Un plat national, la *Borsche petite Russienne*, comprend à lui seul quatre plats : une énorme assiette de soupe aux choux rouges dans laquelle trempe une large tranche de bœuf bouilli, des petits pâtés et de la crème. Le reste ressemblait à la cuisine française et était servi en grande abondance, car les Russes sont gros mangeurs, mais peu gourmets ; salade toujours *verte*, jamais de fromage du pays ; le laitage, malgré les im-

(1) V. *France médicale* 1898, n° 7.

menses troupeaux de bétail, se consomme en lait, crème et beurre. Comme boisson, vins blancs et rouges de Bessarabie et de Crimée, qui sont bons et rappellent nos vins d'Algérie, et le *kwass*, boisson peu alcoolique, obtenue par la fermentation du fruit d'un groseillier sauvage, pétillante, très agréable à boire et ayant une fort jolie couleur rosée. En somme, bonne cuisine, peut-être un peu épicée, mais sans excès, comme elle en a la réputation. Dans certains restaurants et cafés, les garçons sont tout habillés de blanc, grand pantalon blanc, blouse blanche avec une petite ceinture bleue, costume très propre et très coquet.

On croit généralement que les Russes boivent du thé aux repas comme le vin en France et la bière en Allemagne, c'est une erreur ; aux repas, les gens riches boivent du vin et les pauvres de l'eau, le plus souvent de très mauvaise qualité ; quant au thé, il est en permanence dans le *samowar* domestique et se boit par tasses en dehors des repas tout le long de la journée.

Nous ne dépeindrons pas les beautés, les richesses, les splendeurs du Kremlin, la vue admirable dont on jouit du haut de la tour d'Yvan le-Terrible ou de la montagne des Moineaux ; par le soleil, c'est réellement une vision de l'Orient, maintes fois décrite, mais au-dessus des prévisions ; on ne s'en lasse pas, et la veille de notre départ nous sommes encore remontés au sommet de cette fameuse tour pour emplir à nouveau nos yeux de la vue de ce panorama splendide.

La soirée aux Riady (nouvelles galeries du commerce) a été très réussie ; imaginez, au rez-de-chaussée, trois grandes tables parallèles de 250 mètres de long et plusieurs tables transversales, splendidement servies de victuailles de toutes sortes, superbes jambons, énormes rosbeafs, poissons monstrueux, des cristaux où les vins étincelaient à la lumière électrique, jets d'eaux, orchestres, chanteurs, danseurs petits russiens, etc., etc. C'était un spectacle digne du crayon d'un Gustave Doré que la foule se pressant autour des tables et faisant disparaître ces victuailles pantagruéliques qui se renouvelaient toujours. C'était un spectacle curieux, surtout du premier étage, où l'on circulait dans les galeries, en y consommant surtout du thé délicieux.

Mais, pour nous Français, cette fête a été attristée par le contraste dont nous avons été les témoins pendant tout notre séjour à Moscou ; elle a été pour les Allemands une occasion d'afficher bruyamment leur prépondérance, de remporter comme une nouvelle victoire. Il ne faut pas craindre de le dire ; il y a plus de courage et de patriotisme à dire la vérité qu'à la passer sous silence ; alors que depuis des mois les Allemands se préparaient au Congrès de Moscou, que dans chaque Université les médecins s'étaient réunis en conférences (plus de trente réunions générales, dit-on), avaient préparé leurs communications, dressé leurs plans, et étaient venus au nombre de près de deux mille, escortant leurs professeurs émérites et entourant leur vénérable chef Virchow, les Français n'avaient eu aucune réunion, n'avaient pris aucune mesure, s'étaient à peine renseignés et étaient venus en tirailleurs isolés et non en bataillons compacts. Alors que le gouvernement allemand avait facilité le voyage aux médecins par des subventions et des réductions de prix, le gouvernement français semble presque avoir ignoré le Congrès médical et s'était borné à patronner une maigre délégation officielle. Aussi, quand les orateurs allemands étaient assurés, dans chaque section, d'être applaudis et soutenus par un nombreux groupe de compatriotes prévenus à l'avance, les Français ne connaissaient pas même les noms de leurs compatriotes présents et se trouvaient isolés aux séances. Les Allemands, par exemple, avaient préparé avec soin des communications sur les *sanatoria* établis par eux, en Allemagne, pour la cure de la tuberculose, et peu s'en est fallu qu'ils fassent sans protestation le procès de nos brillantes stations climatériques françaises. Heureusement, deux médecins français, les Drs Vivant (de Monte Carlo) et Bonneau (de Cannes), surpris par les sophismes allemands, ont rédigé et présenté à la hâte, dans la séance suivante, un contre-mémoire pour revendiquer les droits acquis de nos stations françaises. Et encore, les journaux français eussent-ils été muets à cet égard, si à l'exception cependant d'une feuille anglaise, le Dr Huchard, toujours soucieux des intérêts de la science française, n'avait appuyé un peu tardivement de sa haute autorité la revendication des médecins français dans le *Journal des praticiens* (no du 15 décembre 1897).

Quand Virchow a été porté en triomphe autour des Riady au milieu de hourras formidables, il nous a fallu subir l'apothéose de la science allemande ! Et les accents de la *Marseillaise* jouée sur commande ne nous ont pas apporté une compensation suffisante. Encore une fois, il faut avoir le courage de le dire, nous avons été sévèrement jugés ; et, si nous n'y prenons garde, la science médicale russe, très fortement orientée du côté de l'Allemagne, *qui ne néglige rien pour cela*, finira par nous échapper. Et ce ne sont pas les alliances politiques, à coup sûr utiles et précieuses, mais mobiles, qui pourront jamais remplacer notre influence, notre prépondérance morale et scientifique une fois perdue. La Russie travaille beaucoup et s'émancipe, on y parle de moins en moins le français, et s'il est une langue étrangère que le Russe parlera avec la sienne, ce sera l'allemand ! Le fait existe ; nos enfants sont tenus d'apprendre l'allemand, voir même le russe, et de voyager davantage.

Au jardin Sokolniki nous avons encore retrouvé la prépondérance des Allemands ; un *seul* morceau français (de Gounod) était inscrit au programme du concert ; on commence ce morceau au milieu d'un religieux silence et..... c'est le moment que choisissent les Teutons pour faire irruption dans la salle du concert, en escortant de nouveau triomphalement et en acclamant leur maître Virchow ; et il nous a fallu subir l'humiliation de voir le morceau de musique française interrompu et non écouté.

Les cliniques de Moscou sont pour la plupart des fondations particulières ; tel marchand enrichi dépense un ou deux millions de roubles pour faire une clinique ; et plus tard, quand tout est organisé par l'initiative privée, le gouvernement russe, au fur et à mesure des besoins de l'enseignement, rachète ces immeubles et leur donne une consécration officielle. Mais rappelons-nous que c'est de l'initiative et des deniers privés que sortent ces œuvres utiles !

C'est ainsi que les universités de Moscou sont en voie de grand développement, grâce aux libéralités des particuliers ; les cliniques se fondent, les laboratoires s'outillent avec une richesse, un luxe d'instruments dont on est

ébahi; nous avons été vivement intéressés en visitant dans leurs détails l'Institut gynécologique et la nouvelle Clinique pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge (1). L'étudiant russe a l'instrument tout prêt; à lui d'en apprendre le maniement. C'est le contraire chez nous, où l'étudiant, très fort en théorie, ne trouve que des laboratoires trop étroits, insuffisamment outillés, et, avec la meilleure volonté du monde, a peine à s'instruire. Si notre Faculté de médecine de Paris ne modifie pas son enseignement et ne commence pas à bref délai par fonder de nouvelles cliniques et de nouveaux laboratoires bien installés, c'en est fait! Dans quelques années, les étudiants étrangers ne viendront plus à Paris faire ou compléter leurs études; le beau renom, le prestige et la puissance de la France seront abaissés pour toujours.

La situation du médecin russe n'est pas très brillante; le médecin, appartenant à la classe des *marchands*, ne fraie avec l'aristocratie que pour les besoins de la clientèle; cependant les professeurs y jouissent d'une certaine considération; mais le médecin praticien y mène une vie pénible et peu rémunérée; la plupart sont presque des fonctionnaires et les médecins de campagne attachés aux *semtsvos* sont plutôt des officiers de l'état civil que des médecins et mènent dans ces campagnes immenses une existence peu enviable.

A Moscou, tout est grand, excepté cependant les fiacres ou *isvotchiks*, qui n'ont que deux *petites* places, et les lits qui n'en ont qu'une. Ces lits, larges à peine de 80 centimètres, se composent : d'un sommier, d'un matelas épais comme la main, d'*un seul* drap, de deux oreillers (un grand et un petit) et d'une petite couverture; ce qui fait un tout médiocrement confortable pour nos habitudes occidentales. Le mobilier principal d'une maison, palais ou chaumière, c'est le poêle, tantôt simple, tantôt accompagné d'un grand fourneau plat sur lequel on couche la nuit; dans les maisons bourgeoises et les hôtels, ce sont d'immenses poêles en faïence, occupant toute la hauteur des pièces, s'allumant par les corridors, et laissant ainsi les chambres à l'abri de la fumée et de la poussière; pendant l'hiver on entretient une température constante de + 16° à + 20°; partout doubles fenêtres, et souvent entre ces fenêtres il y a sur la tablette une épaisse couche de ouate, sur laquelle reposent des vases contenant du chlorure de calcium pour absorber l'humidité; ainsi ce double vitrage empêche le froid de pénétrer et reste suffisamment transparent pendant l'hiver et les mauvais temps.

La ville avec ses promenades, ses boulevards, est réellement immense; mais c'est à peine si dans les faubourgs on aperçoit quelques cheminées d'usines indiquant un commencement d'industrie. Au point de vue du pittoresque nous n'avons pas à le regretter, les noires fumées n'ont pas encore sali les dômes dorés ou azurés des basiliques; le contraste est frappant avec nos villes d'Occident.

Les maisons sont toutes construites en briques, car dans ce pays plat et sablonneux il n'y a pas de pierres; elles sont bien entretenues et soigneusement blanchies. Les palais, avec leurs apparences somptueuses, ne sont que des placages, ce sont des moulures appliquées sur la brique; et il en est ainsi dans toute l'Allemagne et la Russie, c'est un trompe-l'œil!

L'hospice des Enfants-Trouvés est la plus grande maison de Moscou; il a quatre étages, occupe une grande superficie et est habité par 7.000 personnes. L'hôpital est administré de façon à supprimer les lenteurs et les formalités administratives qui, en France, font attendre quelquefois le décès d'un malade ou d'un enfant avant son entrée. Nous avons été témoins de l'admission d'un enfant; *en un quart d'heure tout est réglé* : l'enfant est inscrit, pesé, mensuré, baigné et confié à une nourrice; tout cela est accompli par des femmes. Rien de plus curieux que les salles des nourrices, dont les divisions se distinguent par la couleur des bonnets, et qui s'alignent comme des soldats devant les berceaux de leurs nourrissons et vous saluent au passage avec un balancement particulier de tout le corps.

La foire de Nijni-Nowgorod était pour beaucoup d'entre nous une des attractions du voyage; ce fut une désillusion! Et d'abord avec notre Agence, toujours aussi peu pratique que son titre était prétentieux et faux, le départ, sans places retenues, avec des guides incapables ou indifférents, voire même peu polis parfois, n'a été qu'une scène de désordres pénibles et même dangereux; un de nos compagnons le Dr P... bousculé par la foule, a failli payer de sa vie cet encombrement fâcheux en roulant sur la voie sous un train en marche; heureusement qu'avec beaucoup de sang-froid et de présence d'esprit il a pu se blottir entre le trottoir et les roues des wagons, cet espace étant plus considérable qu'en France. Désordre et incurie au départ, mauvaise direction à l'arrivée, deux nuits consécutives passées dans des wagons encombrés et par une chaleur torride; il eût fallu bien des attraits aux grands bazars de Nijni pour compenser ces pénibles impressions.

Malheureusement la foire de Nijni a perdu sa couleur locale, et si ce n'était la ville haute, très pittoresquement située sur ses trois collines séparées par des ravins, ses maisons propres et perdues dans des nids de verdure, son vieux Kremlin aux murs en ruines, ses églises aux brillantes coupoles, et la superbe Volga se déroulant majestueusement à perte de vue dans la plaine au milieu des sables qu'elle recouvre en hiver sur plusieurs kilomètres de largeur, en été très réduite, mais encore activement sillonnée de bateaux de tout tonnage, la foire de Nijni ne vaudrait pas le voyage. Les campements des Kirghizs et des Kalmoucks, les huttes des Sibériens, les chameaux et les buffles des caravanes ne sont plus qu'une légende. Ces campements pittoresques sont remplacés par des constructions en briques très régulièrement alignées le long de rues bien droites et se coupant perpendiculairement; c'est la ville basse, trop régulièrement bâtie, qui ne vit que pendant les quatre mois de la durée de la foire; le reste de l'année tout est fermé, c'est *une ville morte*. Dans ces maisons les marchands dérobent leurs familles aux regards; et ce n'est plus même l'Orient qui envoie ses marchandises, c'est l'Occident, c'est l'Allemagne qui inonde le monde russe et Asiatique de ses produits manufacturés, et transporte peu à peu à la foire de Leipzig le commerce qui se faisait à Nijni. Dans les magasins de Nijni comme dans ceux de Moscou, rien de bien original, de bien local à acheter; ce qu'on voit partout, c'est l'article de Paris, fabriqué en

(1) La description détaillée de ces cliniques a été donnée par M. le Dr Broussolle, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon : *Les cliniques de l'Université de Moscou*, in *la Bourgogne médicale*, 5e année, nos 3 et 4, octobre et décembre 1897, p. 84-90.

Allemagne, mais de moins bonne qualité et plus cher qu'à Paris. Le commerce en grand des fourrures et des thés de Chine a seul survécu; pour le reste ce n'est qu'un immense bazar où les affaires se traitent par millions, il est vrai, mais ce n'est qu'un bazar moderne plus grand que les autres.

A Nijni, nous avons vu dans des réservoirs et mangé ce poisson si renommé, *le sterlet* qui ne peut vivre que dans l'eau de la Volga et dont la réputation n'est vraiment pas surfaite.

Une autre excursion moins fatigante est la visite au couvent de Troïtsa. Ce couvent qui contient plusieurs milliers de moines, dit-on, est une vraie ville et en même temps une forteresse qui a soutenu plusieurs sièges; les moines montrent avec orgueil un boulet incrusté dans une porte de fer; le Trésor contient des richesses inouïes; quelle puissance religieuse et politique!

Que de choses resteraient à voir à Moscou dont nous n'avons pu prendre qu'une idée bien superficielle; la vie intime des familles, la vie populaire nous a été fermée et nous n'en avons eu que des aperçus sommaires, néanmoins fort intéressants.

(*A suivre*). Drs G. G.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Concours de l'Agrégation en médecine. Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Paris : MM. Teissier, Thiroloix, Vaquez, Dupré et Méry. — Bordeaux : M. Hobbs. — Lille : MM. Carrière et Deléarde. — Lyon : MM. Pic et Paviot, — Montpellier : MM. Raymond et Vires. — Toulouse : M. Frœnhel.

Concours d'agrégation en chirurgie et accouchements. Le jury du concours d'agrégation de chirurgie et accouchements, qui doit s'ouvrir le 7 mars prochain, est actuellement composé comme suit :

Président : M. Guyon ; juges titulaires : MM. Lannelongue, Le Dentu, Panas, Pinard, Ollier, Hergott, de Lapersonne et Jeannel ; juges suppléants : MM. Berger, Nélaton, Tuffier et Bar.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Arnozan, professeur de thérapeutique, membre du Conseil de l'Université, est nommé, pour trois ans, assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret, en date du 18 février 1898, M. Moussous (André-Charles-Antoine), agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur de clinique médicale des maladies des enfants à ladite Faculté.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Lortet, professeur d'histoire naturelle, est nommé doyen pour trois ans.

M. Lacassagne, professeur de médecine légale, membre du conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen.

Ecole de médecine d'Alger. — Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de pathologie externe, à l'Ecole de médecine d'Alger, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Ernest Goinard.

Distinction universitaire. — Par arrêté ministériel, en date du 22 janvier 1898, ont été nommés :

1° Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Dandieu, médecin divisionnaire de la police municipale et de l'octroi de Paris ; Didsbury, dentiste des hôpitaux de Paris ; Dignat, secrétaire de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, à Paris ; Dupré, médecin-inspecteur des écoles du XXe arrondissement, délégué cantonal, à Paris ; Durand, médecin de l'état civil de la commune d'Arcueil-Cachan, médecin-inspecteur des écoles de Villejuif ; Encausse, à Paris ; Fournier, à Paris, publiciste scientifique ; Issaurat, membre de la commission scolaire du IXe arrondissement de Paris, médecin du dispensaire pour les enfants ; Magalon, maire de La Bouille, délégué cantonal ; Morice, à Paris, publiciste scientifique ; Moutard-Martin, médecin de la Bibliothèque nationale ; Nitot, lauréat de la Faculté de médecine de Paris ; Piéchaud, médecin-inspecteur des écoles du VIe arrondissement de Paris, médecin de diverses sociétés de secours mutuels, publiciste scientifique ; Piogey, médecin des postes et télégraphes, vice-secrétaire de l'association des médecins de France, à Paris ; Planès, médecin de la crèche Sadi-Carnot et du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement de Paris ; Ranque, professeur libre de sciences médicales, à Paris ; Reulos, maire de Villejuif, médecin-inspecteur des écoles ; Richard, médecin-inspecteur des écoles du Ier arrondissement de Paris, médecin de la crèche et du bureau de bienfaisance ; Rubé, médecin-inspecteur des écoles du XVIIe arrondissement de Paris ; Takvorian (Takvor), à Paris ; Toupet, médecin des hôpitaux de Paris ; Mme Tourangin, médecin du Lycée Fénelon et de l'école normale d'institutrices de la Seine ; M. Yvon, médecin du dispensaire scolaire du XIIe arrondissement de Paris, professeur à l'Union des femmes de France.

2° Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Audollent, publiciste, à Paris ; Barbarin, médecin-inspecteur des écoles du XIXe arrondissement de Paris, administrateur de la caisse des écoles ; Benoit, rédacteur en chef chirurgical de la « Revue thérapeutique », à Paris ; Bérard, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, à Paris ; Besnier, chirurgien-médecin de l'Imprimerie nationale ; Bonnard, médecin du dispensaire du Xe arrondissement de Paris ; Bouyer, publiciste scientifique, à Paris ; Bresset, médecin du dispensaire de la rue Oudinot, à Paris ; Carpentier-Méricourt, médecin-inspecteur des écoles, à Paris ; Cautru, chargé de cours aux dames infirmières de la Croix-Rouge, à Paris ; Charlat-Linarix, médecin de la société de secours mutuels des voyageurs de commerce, à Paris ; Chatenet, médecin de l'association de prévoyance de la Préfecture de police ; Chenet, médecin-inspecteur des écoles, vice-président de la commission d'hygiène, à Paris ; Chevassu, médecin principal de l'armée ; Chipier, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris ; Coumétou, médecin-inspecteur des écoles et des chemins de fer de l'Etat, à Paris ; Courtin, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris ; Critzman, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, à Paris ; Dubrueil, médecin de plusieurs sociétés de secours mutuels, à Paris ; Duchastelet, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris ; Dufestel, médecin-inspecteur des écoles, à Paris ; Duloroy, à Paris, membre de diverses sociétés savantes ; Duvau, à Paris, ancien médecin de la marine ; Favreau, médecin des associations de la presse parisienne ; Gapin, médecin attaché au dispensaire du XIe arrondisse-

ment de Paris, publiciste scientifique ; Gélineau, secrétaire général de la Société contre l'abus du tabac, à Paris ; Gerson, médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement de Paris, médecin-inspecteur des écoles, lauréat de l'Académie de médecine ; Gougelet, médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris, délégué cantonal ; Héan, publiciste scientifique, à Paris ; Henry de Launay, médecin des dispensaires du XVIIe arrondissement de Paris ; Hérard, membre de la Société d'hydrologie, à Paris ; Kalt, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, à Paris ; Lafay, lauréat de l'école de pharmacie, préparateur des travaux pratiques à l'Ecole supérieure de pharmacie, à Paris ; Lafond, médecin de l'association amicale et de prévoyance de la Préfecture de police ; Laloy, médecin-inspecteur des écoles du XXe arrondissement de Paris ; Le Goff, professeur à l'école Boulle, à Paris, membre de la Société de géographie ; Legros, ancien délégué cantonal, ancien médecin-inspecteur des écoles ; Luyt, professeur à l'Association des dames françaises, médecin à Neuilly-sur-Seine ; Macé, publiciste, à Paris ; Merle, à Paris, ancien répétiteur au lycée Saint-Louis ; Michaux, médecin-inspecteur des écoles de Paris ; Noir, secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux de France, à Paris ; Ollier, ancien répétiteur au collège Chaptal, à Paris ; Pélaprat, médecin-inspecteur du XVIIIe arrondissement de Paris ; Pêtre, médecin-adjoint des postes et des télégraphes ; Potin, publiciste scientifique, à Paris ; Renault, médecin-adjoint des établissements pénitentiaires de la Seine ; Rivet, publiciste, à Paris ; Roché, membre de la commission scolaire, délégué cantonal à Chatel-Censoir ; Sarremmone, à Paris ; Thouvenel, secrétaire de la délégation cantonale d'Antony ; Valois, publiciste scientifique, à Paris ; Vaudremer, à Paris, lauréat de l'Institut ; Villemin (J. P.), à Paris ; Ward, médecin de la maison de Nanterre et de la police municipale ; Weil (E.-A.), à Paris, publications scientiques ; Weil (Gust.), médecin du bureau de bienfaisance du XVIe arrondissement de Paris, délégué cantonal ; Wilhelm, médecin de la manufacture nationale des Gobelins ; Willette, médecin de l'état civil du XVIIIe arrondissement de Paris ; Wœhling, conseiller municipal à Clamart, professeur à l'association des dames françaises ; Zibelin, médecin du bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement de Paris.

L'affaire Heim. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique réuni sous la présidence du Ministre, M. Rambaud, a terminé l'examen du pourvoi formé par M. Heim contre la décision du Conseil de l'Université, prononçant contre lui la peine du retrait d'emploi.

La séance, ouverte à deux heures, s'est prolongée jusqu'à huit heures du soir. Ratifiant les vues de la Commission de discipline, le Conseil *écarte*, comme non fondées, *toutes les accusations* portées contre M. Heim, *relatives aux détournements de livres, d'instruments ou de plantes*, dont celui-ci se serait rendu coupable dans l'exercice de ses fonctions. La discussion n'a porté, en conséquence, que sur les *fautes de gestion* imputées à M. Heim et sur le fait, reproché à celui-ci, d'*avoir fait figurer dans sa nomenclature de titres* à la succesion du Pr Baillon des *travaux non encore publiés*, mais dont quelques-uns, il est vrai, étaient en cours de publication.

C'est le rapporteur de la Commission de discipline, M. Esmelin, qui a soutenu l'accusation et défendu les conclusions de son rapport, tendant au maintien pur et simple de la peine. Après avoir reçu les explications de M. Heim, qui a combattu les chefs d'accusation retenus contre lui par l'honorable rapporteur, Me Millerand a pris la parole et — les principaux griefs imputés à M. Heim étant abandonnés — a fait ressortir « combien la peine prononcée contre son client était dès lors en disproportion avec les fautes de service et les négligences retenues contre lui ». Après une courte réplique du rapporteur, M. Esmelin, le Conseil, par 33 voix contre 14, a rejeté les conclusions de la Commission de discipline tendant au maintien de la peine.

La *décision du Conseil de l'Université se trouvant ainsi infirmée*, le Conseil a délibéré sur la peine dont M. Heim devait être frappé en raison de ses fautes de gestion et des indications erronées dans sa nomenclature des titres à la succession du Pr Baillon. Le Conseil, après une longue discussion, a décidé de suspendre M. Heim de ses fonctions pendant deux ans.

La tuberculose. — Sur la proposition de M. Brouardel, l'Académie des sciences a décidé qu'une Commission spéciale serait chargée de l'examen des questions se rapportant aux effets et à la propagation de la tuberculose.

Cette Commission comprendra les six membres de la section de médecine et de chirurgie, les deux secrétaires perpétuels de l'Académie et MM. Brouardel, de Freycinet, de Jonquières, Chauvaux, Duclaux et Arm. Gautier.

Clientèle médicale à céder à Sainte-Anne d'Auray, produits touchés 8.000 francs par suite du décès du Dr Duchenne. La veuve, qui ferait agréer le successeur, lui cèderait sa maison toute montée : mobilier, nombreuse bibliothèque, instruments, cheval, voiture, pharmacie, etc., presque sans comptant suivant garantie. S'adresser à M. P. Cheyrou, éditeur, 1, rue de Provence, à Paris.

Nécrologie. — Le Dr Brangier (Armand), de Breloux (Deux-Sèvres), décédé à l'âge de 75 ans. — Le Dr Trossat (Emile), médecin du paquebot Transatlantique *le Flachat*, qui a fait naufrage le 16 février. — Le Dr Rigolet, de Paris, mort d'une affection cardiaque d'origine rhumatismale, à l'âge de 43 ans. — Le Dr Pailhas (Gaston), de Saint-Anthonin (Tarn-et-Garonne), reçu en 1889. — Le Dr Petit (Victor), de Rouen, mort de diphthérie, à l'âge de 26 ans. — Le Dr Havage (Eugène), ancien interne des hôpitaux de Paris (1876).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique pour les analyses de bactériologie clinique, pus, sang, crachats, exsudats de la gorge, lait, urine, matières fécales, eau, sol, par Léon Feltz, pharmacien de 1re classe. 1 vol. in-18 de 271 pages, avec figures noires et coloriées, cartonné. — Prix : 3 francs. — J.-B Baillière et fils.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

PHOTO-REVUE REVUE Photograph.
Envoie à toute demande 2 Nos Gratis
CH. MENDEL, 118, Rue d'Assas, Paris.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*